Nr. 4 Cena gr. 70

MŁODA MATKA



Botticelli

DWUTYGODNIK POŚWIĘCONY ZDROWIU I WYCHOWANIU DZIECKA DO LAT 7-MIU

PISMO POPIERANE PRZEZ POLSKIE TOWARZYSTWO PEDRJATRYCZNE

ROK IV. Nr. 4.

MŁODA MATKA

DWUTYGODNIK POŚWIĘCONY ZDROWIU I WYCHOWANIU DZIECKA DO LAT SIEDMIU
POPIERANY PRZEZ POLSKIE TOWARZYSTWO PEDJATRYCZNE

DRUGI ZESZYT LUTOWY 1930 R.



PRZYJACIELE

Co to jest dyfteryt?*)

Dyfteryt jest to choroba zakaźna, wywoływana przez swoistą bakterję, tak zw. **prątek dyfterytu,** lub **prątek Löfflera,** od nazwiska uczonego, który go wykrył w r. 1884.

Zarazek dyfterytu przenika przedewszystkiem do narządów gardła oraz śluzówki nosa i krtani. Najczęściej cierpieniem tem dotknięte zostają migdałki. Zdarzają się jednak przypadki, gdzie zarazek przenika do oka, do zewnętrznych narządów płciowych kobiecych, do ran po urazach, operacjach i oparzeniach. Na miejscu wtargnięcia zarazka, a więc najczęściej na migdałkach i w nosie, powstaje zapalenie, połączone z tworzeniem się nalotu w postaci **błon,** stąd polska nazwa dyfterytu — **błonica.** Jednocześnie z tworzeniem się błon występuje bolesne zapalne **obrzmienie sąsiednich gruczołów,** a więc w błonicy gardła najczęściej na szyi, przy kącie dolnej szczęki. Gdy **błony** rozwijają się **w krtani,** powodują zatkanie światła krtani, wywołujące utrudnienie w oddychaniu i niebezpieczeństwo uduszenia się dziecka — powstaje tak zw. **krup** czyli **dławiec** — postrach matek.

Jednak niebezpieczeństwo dyfterytu polega nie tylko na tworzeniu się błon, lecz głównie na **zatruciu całego ustroju.** Bakterje błonicze, osiadłszy w człowieku, wytwarzają bardzo złośliwe jady, które natychmiast przenikają do krwi i wywołują objawy chorobowe w całym ustroju: ogólne osłabienie, gorączkę, jak również schorzenie poszczególnych narządów, na które jad działa najszkodliwiej, a mianowicie schorzenia serca, nerek i układu nerwowego.

Schorzenia te w ciężkich przypadkach dyfterytu wyrażają się w zmianach zwyrodnienia nerek, w błoniczem zatruciu mięśnia sercowego i w **paraliżu serca,** w porażeniach podniebienia miękkiego, wywołujących mowę przez nos, utrudniających łykanie i powodujących zwracanie płynów przez nos, porażenia w obrębie mięśni ocznych, porażenia w muskulaturze przełyku, porażenia w obrębie innych nerwów i mięśni, a zwłaszcza mięśni brzucha i klatki piersiołujące utrudnienie w oddychaniu i wywołujące **paraliż oddechu.**

Jak rozwija się i przebiega dyfteryt?

Choroba zaczyna się powoli, bez wybitnych objawów, dziecko czuje się nieco osłabione, pokłada się, niechętnie się bawi, czasami skarży się na ból głowy, bardzo rzadko w pierwszych dniach występują wymioty. Zazwyczaj pod koniec pierwszego dnia choroby lub nawet w drugim dopiero dniu dzieci uskarżają się na kłucie w gardle, ale też niezawsze. Ten ból gardła jest lekki, o wiele słabszy, niż odczuwany w zwykłych anginach lub w szkarlaty-

*) Wyciąg z „Listu do mamusi w sprawie dyfterytu".

nie. Ciepłota zazwyczaj podnosi się nieznacznie, do 38 — 38,5°, czasami tylko gorączka jest wyższa i dochodzi do 39 — 40 stopni. Zdarzają się jednak przypadki błonicy, w których niema zupełnie gorączki, lub jest tak nieznaczna, iż — o ile obserwacja nie jest bardzo dokładna — bywa niespostrzeżona.

Zmiany w gardle w pierwszym dniu nie są charakterystyczne: na obrzmiałych i zaczerwienionych migdałach, często tylko na jednym, widzimy 2 — 3 małe plamki okrągłe, czasami w postaci pasemek. Już zazwyczaj na drugi dzień obraz staje się bardziej charakterystyczny: błony są o wiele większe, niż pierwszego dnia, barwy białej, stwierdza się już wtedy bolesne obrzmienie gruczołów na szyi u kąta dolnej szczęki, mowa jest nieco zmieniona, chory jest blady, cierpi na brak apetytu i zaparcie stolca. Po kilkunastu godzinach— na trzeci dzień choroby — otrzymujemy typowy obraz błonicy gardła: białe, nieco błyszczące naloty zajmują znaczną część powierzchni przekrwionych migdałków. W ciągu następnych dni w przypadkach nieleczonych surowicą powstaje coraz więcej błon, zajmują one języczek, podniebienie miękkie, tylną ścianę gardzieli, często przechodzą na nos, lub zstępują niżej, obejmują krtań i wywołują obraz krupu.

Najbardziej więc charakterystyczną cechą nalotu dyfterytycznego jest to, że **błony stopniowo się rozszerzają, zlewają jedna z drugą, rosną,** w przeciwieństwie do zwykłego zapalenia migdałów, tak zw. **anginy,** w której, przy ogólnem o wiele większem zaczerwienieniu całej jamy ustnej, stwierdzamy zazwyczaj tylko na migdałach oddzielne, niezlewające się, rozsiane, małe białe czopki. Jednak w początkowym okresie dyfteryt może być brany i bywa brany za anginę, a w wyjątkowych razach przez cały czas choroby może przebiegać pod postacią zwykłego zapalenia gardła — anginy; w tych przypadkach, lekarz, biorąc pod uwagę inne objawy i cały przebieg choroby, często dopiero przy pomocy badania bakterjologicznego może rozpoznać błonicę.

Wraz z powiększeniem się błon ogólny stan chorych również się pogarsza: dzieci stają się apatyczne, tracą zupełnie łaknienie, są blade i wykazują znaczny upadek sił.

Ciężkie przypadki błonicy rozwijają się szybko: w ciągu 2 — 3 dni naloty obejmują całe gardło, gruczoły na szyi obrzmiewają silnie, i występują ciężkie objawy zatrucia ustroju: wybitne ogólne osłabienie, bóle głowy, wymioty i osłabienie działalności serca. To ostatnie w ciężkich przypadkach rozwija się szybko, w innych czynność serca stopniowo coraz bardziej gaśnie, kurczy się ono coraz słabiej i wolniej, aż w końcu przestaje zupełnie bić; kiedyindziej znów serce nagle przestaje działać, jakby rażone paraliżem.

Tu muszę Cię uspokoić, że nie każdy przypadek dyfterytu, odpowiednio leczony, daje ciężkie zaburzenia działalności serca. W znacz-

nej większości przypadków objawy chorobowe ze strony serca są bardzo niewielkie, szybko zanikają. To samo trzeba powiedzieć o porażeniach nerwowych: występują one zazwyczaj w późniejszych okresach choroby tylko w niewielkim odsetku przypadków. Co się zaś tyczy schorzenia nerek, to, aczkolwiek występuje ono nieco częściej, zazwyczaj trwa krótko i kończy się wyzdrowieniem.

Druga postać dyfterytu — błonica krtani czyli krup albo dławiec — jest głównie niebezpieczna ze względu na umiejscowienie.

Krup może powstać nietylko na skutek rozszerzenia się błon na krtań i tchawicę; nierzadkie są przypadki, w których nie widzimy nalotów w gardle, a błony pierwotne rozwijają się w krtani, i powstaje obraz krupu, — zdarza się to zwłaszcza u dzieci młodszych.

Pierwszym objawem krupu jest **chrypka,** szybko się wzmagająca i w ciągu jednego — dwu dni doprowadzająca do zupełnej prawie utraty **głosu.** Chrypce towarzyszy **suchy, szczekający kaszel;** kto go raz słyszał, temu nigdy z pamięci nie wyjdzie ten przykry, alarmujący dźwięk. Wkrótce występują objawy duszności, oddechowi towarzyszy głośny **syczący szmer,** początkowo tylko przy głębokich oddechach, w płaczu, później także i przy spokojnem oddychaniu. Wskutek wzmagającej się **duszności,** dzieci młodsze zaczynają się rzucać niespokojnie, przybierają pozycję siedzącą, podpierając się rękami. W miarę coraz trudniejszego dopływu powietrza, niekiedy nagle, dziecko zaczyna się dusić; występuje sinica, lęk dziecka, chwytanie powietrza przez otwarte usta; wreszcie dziecko wśród ogólnego wyczerpania i zaniku działalności serca umiera, o ile nie nastąpi samoistne wykrztuszenie błon, wywołujących zwężenie krtani, albo też nie uratuje go zrobione w porę przecięcie tchawicy (tracheotomja), lub sztuczne rozszerzenie krtani (intubacja). Oto obraz tej ciężkiej choroby — krupu, w którym, prócz wyżej opisanych powikłań ze strony serca, układu nerwowego i nerek, często występuje bardzo groźne powikłanie w postaci **zapalenia płuc,** na które może umrzeć dziecko, poprzednio uratowane od uduszenia.

Na uspokojenie muszę Ci powiedzieć, że nie każdy kaszel o krupowym, szczekającym charakterze zwiastuje prawdziwy dyfterytyczny krup. U niektórych dzieci w wieku od 2 do 7 lat, szczególnie usposobionych, zwłaszcza u dzieci nerwowych i limfatycznych, często w zwykłym katarze krtani, czasami bardzo nawet nieznacznym, występują napady t. zw. **krupu rzekomego,** polegające na nagłem obrzmiewaniu błony śluzowej i na kurczu krtani.

Najczęściej w nocy, w czasie snu, nagle — ku wielkiej trwodze rodziców — dziecko zaczyna gwałtownie chwytać powietrze w napadzie duszności i dostaje suchego, szczekającego, krupowego kaszlu, jednak nie jest przytem dotknięte bezgłosem, a przeciwnie, przy płaczu i krzyku ma

głos donośny. Napad może się jeszcze powtórzyć następnej nocy, a czasami występuje u tych dzieci nawykowo co kilka miesięcy. Kto zna te niewinne napady, tego nie przerazi tak łatwo kaszel krupowy.

Dyfteryt nosa.

Chcę Ci teraz powiedzieć kilka słów o jeszcze jednej postaci dyfterytu, o pierwotnej **błonicy nosa,** która zdarza się najczęściej u dzieci w pierwszym roku życia. U tych dzieci zarazek błoniczy często zamiast na migdałach usadawia się w nosie i wywołuje katar nosa, początkowo niczem się nie różniący od zwykłego kataru; dopiero po kilku dniach wydzielina staje się bardziej charakterystyczną — **krwisto-śluzową, wywołującą nadżerki w nozdrzach nosowych i na górnej wardze.** Jeżeli ta błonica nosa nie zostanie w porę rozpoznaną i leczoną, to może wywołać takie same objawy, jak i dyfteryt gardła, to jest objawy ogólnego zatrucia jadami dyfterytycznemi, może następnie rozszerzyć się na języczek, migdałki i nawet krtań, wywołując krup. Dlatego też każdy katar nosa z wydzieliną, zawierającą krew, z szybkiem słabnięciem i blednięciem niemowlęcia uważać trzeba za podejrzany. W tych przypadkach napewno można rozpoznać błonicę zapomocą badania bakterjologicznego.

Badanie bakterjologiczne.

Badanie bakterjologiczne jest niezbędne również we wszelkich innych wątpliwych przypadkach błonicy, jak to już powiedziałem wyżej. W tym celu watą, nawiniętą na patyczek, zdejmuje się kawałek błony, lub śluz z migdałków, z gardła, nosa, wkłada się go w szklaną próbówkę i odsyła do laboratorjum bakterjologicznego. Niejednokrotnie w nadesłanym materjale już odrazu pod mikroskopem można wykazać charakterystyczne prątki błonicy, w innych przypadkach trzeba błonę lub śluz posiać na specjalną pożywkę, na której w ciągu pierwszej doby rozwijają się bakterje dyfterytyczne.

W tem miejscu możesz mnie zapytać, w jakim celu opisuję Ci przebieg choroby? Czy dlatego, aby Cię nastraszyć, czy może, aby Cię nauczyć rozpoznawania błonicy? Nie w tym celu napisałem tych kilka zdań o objawach chorobowych w dyfterycie. **Straszyć Cię nie chcę,** gdyż pragnę, aby matka nawet w najcięższych chwilach nie traciła spokoju i nadziei, co ma wielkie znaczenie przy pielęgnowaniu dziecka w chorobie; wszyscy, zarówno lekarz, jak pielęgniarka i rodzice, powinni pamiętać o wielkiej prawdzie wypowiedzianej przez twórczynię współczesnego pielęgniarstwa, **Florencję Nightingale;** „Póki jest życie, jest i nadzieja"; — prawdą jest również, że „póki jest nadzieja, jest i życie, — zwłaszcza, gdy idzie o dzieci".

Rozpoznanie dyfterytu.

Opisałem nieco szczegółowiej, zwłaszcza początek choroby, aby wykazać, jak zdradliwie, powoli i niewinnie może zaczynać się groźna choroba, i abyś zrozumiała, że **nigdy nie masz prawa polegać na własnym sądzie i powiedzieć: „to nie jest dyfteryt“**, gdy zobaczysz coś białego w gardle u dziecka; zawsze w tych przypadkach bezwarunkowo powinnaś natychmiast zawezwać lekarza, który ustali rozpoznanie. Najczęściej grzeszą pod tym względem matki, mające dzieci, skłonne do angin. Gdy dziecko już raz lub kilka razy chorowało na anginę, matka przy nowem zachorowaniu na gardło powiada: „znów dostał anginy“ i, opierając się na swojem doświadczeniu, nie wzywa przez kilka dni lekarza. Tymczasem zaś dziecko, które kilkakrotnie miało anginę, tym razem zachorowało na dyfteryt i wskutek tego, że matka polegała na swym sądzie, otrzymało spóźnioną pomoc lekarską. **Od wczesnego zaś rozpoznania dyfterytu, a co za tem idzie, od wczesnego należytego leczenia zależy zejście choroby.**

Leczenie dyfterytu.

Dawniej medycyna była bezsilna wobec dyfterytu. W wiekach średnich obawiano się dyfterytu tak, jak dżumy, cholery, trądu. To też nic dziwnego, że lekarze wobec wybuchu epidemji tej strasznej choroby dawali tylko następującą radę: **„uchodź szybko, uciekaj jaknajdalej** od miejsca ,gdzie wybuchła epidemja, i **wracaj późno**, gdy już zupełnie wygaśnie“. O niedawnych jeszcze czasach, bo o latach 1892 93 prof. Heubner z Lipska tak pisze w swym pamiętniku: „Rano przychodzili mali pacjenci do szpitala z ciężkiemi objawami krupu, w południe byli tracheotomowani lub intubowani, a wieczorem już umierali. To żałosne widowisko powtarzało się kilkakrotnie w tygodniu przez miesiące zimowe. Zawiodły wszystkie środki, nawet urządzenie pokoju inhalacyjnego w nowym pawilonie. Lekarze i pielęgniarki ledwie mogli to wytrzymać. Próbowałem wszystkich znanych środków i metod leczniczych, — wyglądało to tak, jakby ktoś głową walił o mur metrowej grubości“. — Dzięki genjalnemu odkryciu uczonych, **Behringa i Roux**, posiadamy od r. 1894 środek, za pomocą którego uczyniliśmy wielki wyłom w tym murze. Jest to tak zwana **surowica przeciwdyfterytyczna.**

Prof. Dr. Wł. Szenajch.

W NAJBLIŻSZYM CZASIE UKAŻE SIĘ OBSZERNA BROSZURA PROF. DR. WŁ. SZENAJCHA

p. t.

LIST DO MAMUSI W SPRAWIE DYFTERYTU.

O szczególnych cechach obecnej epidemji błonicy (dyfterytu)

Zaniepokojenie, które stało się w czasach ostatnich udziałem matek, obawa przed błonicą ma swoje słuszne uzasadnienie. Jeszcze do niedawna choroba ta nie stanowiła szczególnej troski, nie była tym postrachem, jakim jest np. płonica (szkarlatyna). Przypadki zachorowań, szczególnie wśród dzieci, znajdujących się w lepszych warunkach higjenicznych, nie były zbyt częste; pozatem w razie zjawienia się choroby zastrzyk przeciwbłoniczy szybko powodował wyleczenie. Obecne pokolenie zapomniało już o tem, czem była błonica gardzieli i krtani w początku 90-ych lat ubiegłego wieku, t. j. wówczas, gdy surowicy przeciwbłoniczej jeszcze nie posiadaliśmy. Nawet wielu lekarzy sądziło, iż groza ówczesnej epidemji była uwarunkowana jedynie brakiem tego potężnego środka leczniczego, jaki stanowi surowica.

Badacze naukowi — epidemjolodzy, t. j. ci, którzy studjują historyczny przebieg epidemji różnych chorób zakaźnych, ostrzegali przed tym zbytnim optymizmem. Twierdzili oni, że każda choroba zakaźna po okresie osłabienia ulega ponownemu nasileniu w sensie ciężkości swego przebiegu. Przepowiadali, że po pewnym okresie czasu możemy znów spodziewać się większej zjadliwości dyfterytu, że może zatem nadejść chwila, gdy pomimo posiadania surowicy przeciwbłoniczej, lekarze staną znów przed trudnem zadaniem i będą musieli sięgnąć do innych metod w celu zwalczania błonicy.

Ta chwila obecnie nastała. Już od kilku lat zauważono, że przy większej częstości zachorowań na błonicę niejednokrotnie przebieg choroby jest odmienny od tego, do którego przyzwyczaiły nas ostatnie lata, przebieg przypominający tę chorobę z przed lat 40-u. Wówczas, gdy lekka postać błonicy rozwija się powoli, naloty jedynie stopniowo szerzą się w gardzieli i w krtani, obecnie widujemy przypadki choroby, gdzie ta ostatnia rozwija się bardzo szybko, tak że w krótkim czasie zmiany w gardzieli już są bardzo rozległe.

Prócz tego nierzadko występuje tak zwana toksyczna (jadowita) postać błonicy. Wskutek wytwarzania się znacznej ilości jadów w gardzieli występuje bardzo silny obrzęk gruczołów chłonnych na szyi, jednocześnie zaś spostrzegamy objawy ogólnego zakażenia.

Działanie jadu ujawnia się w pierwszym rzędzie we wpływie na serce i cały układ krążenia. Wiadomo nam, że jad błoniczy posiada szczególną zdolność uszkadzania mięśnia sercowego, powodowania w nim zmian, które mogą wywołać upo-

śledzenie jego czynności. W ostatnich latach tego rodzaju niemiłe objawy spostrzegamy znacznie częściej, aniżeli dawniej.

Pozatem jad błoniczy posiada szczególne powinowactwo do układu nerwowego. W pewnym odsetku przypadków, nawet leczonych skutecznie surowicą, występuje uszkodzenie układu nerwowego, przejawiające się w porażeniu kończyn dolnych, podniebienia (stąd nosowy charakter mowy) oraz mięśni ocznych (utrudnione czytanie). Również te powikłania, zjawiające się zazwyczaj w 3 — 4 tygodniu choroby, podczas obecnej epidemji występują znacznie częściej.

Jeszcze jedna właściwość obecnej epidemji zasługuje na specjalną uwagę. Dawniej zastosowanie nawet niewielkiej stosunkowo dawki surowicy przeciwbłoniczej wystarczało do szybkiego opanowania choroby. Dzisiejsza błonica jest o wiele oporniejsza na działanie surowicy. Dawki stosowane przez nas obecnie są 3 — 4 razy większe, a pomimo to spostrzegamy przypadki, na szczęście dość rzadkie, kiedy nawet wielkie dawki surowicy, nie są w stanie zapobiec niepomyślnemu rozwojowi choroby.

Metody zapobiegania błonicy polegały do niedawna na izolowaniu chorych, co naogół było wystarczające. Laseczniki błonicy poza ustrojem chorym znajdowały się względnie rzadko; niewielu było, t. zw. zdrowych nosicieli, to jest tych, którzy przez dłuższy lub krótszy okres czasu zachowywali w gardzieli laseczniki błonicze, nie dając żadnych objawów chorobowych. I pod tym względem w ostatnich czasach nastąpiła niekorzystna zmiana. Odsetek nosicieli laseczników błoniczych, który dawniej wynosił 1 — 2%, obecnie zwiększył się kilkakrotnie, szczególnie tam, gdzie dzieci przebywają w większych skupieniach. Stąd jasne jest, że niebezpieczeństwo zakażenia się jest bardzo duże. Izolowanie nosicieli laseczników błoniczych wobec wielkiego ich rozpowszechnienia staje się praktycznie niewykonalne.

Tak więc zarówno wzgląd na ciężkość przebiegu obecnej błonicy, częste powikłania, zdarzającą się nieraz nieskuteczność surowicy przeciwbłoniczej, jak i obecność licznych źródeł zakażenia każą zmienić nasz dotychczasowy sposób walki z tą chorobą. Polegać on musi na opancerzeniu dziecka przeciwko działaniu jadów wytwarzanych przez zarazek błoniczy. Jedynym środkiem skutecznym stwarzającym ten pancerz ochronny są szczepienia przeciwbłonicze.

Dr. Henryk Brokman.



O szczepieniu ochronnem przeciw dyfterytowi

Dyfteryt jest chorobą, której zarazki należą do najwięcej rozpowszechnionych. Znajdujemy je nietylko w gardle chorego na dyfteryt, lecz również w gardłach ludzi zupełnie zdrowych, t. zw. nosicieli zarazków. Z tego powodu walka z dyfterytem jest bardzo trudna. W walce tej ogólne zarządzenia sanitarno-higjeniczne nie wystarczają. Pomimo zupełnej izolacji chorych i ich otoczenia, pomimo dezynfekcji, choroba szerzy się dalej, roznoszą ją zdrowi nosiciele zarazka; a jest ich tak wielu, że nie jesteśmy w stanie wszystkich wyszukać i oddzielić od otoczenia. Zresztą musielibyśmy wtedy mieć pod stałą kontrolą bakterjologiczną całą ludność i koło ⅕ — ⅙ tej ludności co rok na przeciąg paru miesięcy zamykać w domach izolacyjnych. Taki sposób postępowania jest oczywistą niemożliwością.

W tej sytuacji pozostaje nam jedyny oręż, oręż pełnowartościowy— są nim szczepienia ochronne. A więc, zamiast donkiszotowskiej walki z nosicielami, zmobilizujmy lepiej siły nasze, aby zaszczepić wszystkich tych, którzy mogą na dyfteryt zachorować.

Jak wiadomo na dyfteryt chorują przeważnie dzieci, najczęściej w wieku od 2 — 5 lat, znacznie rzadziej zapadają dorośli.

Aby rozpoznać dzieci wrażliwe na dyfteryt, czyli te co mogą chorować, robimy na rączce dziecka próbę skórną — zwaną odczynem Schicka. Po 48 godz. oglądamy wynik: jeśli w miejscu nakłócia nastąpiło zaczerwienienie — próba się przyjęła, dziecko jest wrażliwe i powinno być szczepione.

Szczepionka przeciwbłonicza została wynaleziona przez Niemca Behringa. Stany Zjednoczone Ameryki są, jak wiadomo, krajem, który dba o zdrowie swych obywateli. Otóż szczepienia przeciw błonicy są tam stosowane już od 15 lat. Prawie wszystkie dzieci szkół i przedszkoli, oraz wszelkich zakładów wychowawczych poddaje się tym szczepieniom. W ten sposób amerykanie zaszczepili już wiele miljonów dzieci. Szczepienia te okazały się bardzo skuteczne, bowiem uodparniają około 90% dzieci. To też wśród dzieci szczepionych dyfteryt staje się chorobą niezwykle rzadką. Natomiast dzieci, których rodzice nie zgodzili się na szczepienia, chorują 10 razy częściej.

Przed kilku laty szczepionka przeciwbłonicza została ulepszona przez uczonego francuskiego Ramona, nazwano ją anatoksyną. Obecnie wobec wzrastającej epidemji błonicy wszystkie państwa starego i nowego świata organizują u siebie szczepienia ochronne przeciw błonicy. Z pism zagranicznych dowiadujemy się, że

we Francji zaszczepiono już anatoksyną błoniczą przeszło miljon dzieci. W Niemczech — około 100.000, w Rosji — 300.000, w Kanadzie — 500.000. W St. Zjednoczonych w samym tylko w Nowym Jorku szczepi się przeszło 120.000 dzieci rocznie

Szczepienia te są zupełnie nieszkodliwe, gdyby było inaczej, nie zostałyby one przyjęte i zastosowane przez cały świat.

Podkreślić jednak należy, że po szczepieniu niektóre dzieci, najczęściej starsze, mogą przez parę dni gorączkować, a skóra miejscu wstrzykiwania może nieco spuchnąć i zaczerwienić się. Wówczas należy dziecko na parę dni położyć do łóżka, przykładając na nóżkę kompres z wody Burowa. Jednak i w tych wypadkach należy szczepienie doprowadzić no końca, pamiętając o tem, że dyfteryt jest chorobą bez porównania przykrzejszą i groźniejszą, niż te t. zw. odczyny poszczepienne.

Pokreślić należy, że im mniejsze jest dziecko, tem lepiej znosi szczepienia anatoksyną.

Szczepić należy conajmniej dwa razy, a czasami nawet trzy, co zależy od decyzji lekarza szczepiącego. O ile po skończonem szczepieniu zechcemy się upewnić, czy było ono skuteczne i czy dziecko zdobyło odporność na zarazki dyfterytu — po upływie 4 — 6 tygodni po ostatniem szczepieniu robimy znów taką samą próbę jak na wstępie (odczyn Schicka). Najczęściej widzimy, że próba już się nie przyjmuje, czyli, że dziecko na dyfteryt zostało uodpornione.

Szczepionka przeciwbłonicza — anatoksyna jest bez wątpienia najlepszą ze wszystkich szczepionek, jakie znamy, lepszą nawet od szczepionki ospowej. Lepszą dlatego, że uodparnia nietylko prędko i mocno, lecz również trwale, bo najczęściej na całe życie.

Doc. Dr. Helena Sparrow.



Chrońmy dzieci przed zakażeniem

Wszystkie mamusie chętnie opowiadają o swoich dzieciach. Tematem niezliczonych rozmów jest w pierwszym rzędzie zdrowie maleńkich, szczególnie w pierwszych latach życia, kiedy to trzeba koniecznie ustrzec je od szkarlatyny, dyfterytu, odry, kokluszu, bo dzisiejsze mamusie już dobrze wiedzą, że choroby zakaźne są tem niebezpieczniejsze, im dziecko jest młodsze (z biegiem lat dziecko stopniowo staje się odporniejsze). — A sposobność zarażenia się jest coraz łatwiejszą, szcze-

gólnie w większych miastach. Nasze dzieci stykają się codziennie z setkami ludzi — w tramwaju, w szkole, w teatrze, w kinie — podczas zabaw i gier. — Gdyby obliczyć, z iloma osobami spotkało się dziecko warszawsie w ciągu jednego dnia, to napewno naliczylibyśmy więcej setki, a może i dwóch setek. Dlatego też ostre choroby zakaźne są wśród naszych dzieci bardzo rozpowszechnione.

Przeświadczenie o odporności, jako najlepszym środku zapobiegawczym, już się głęboko w opinji naszej zakorzeniło. Radzibyśmy, aby dzieci były odporne przyjnajmniej na najpospolitsze i najczęstsze zakażenia.

Dyfteryt gardła, albo krup, jeżeli zajętą jest krtań dziecka, jest chorobą bardzo pospolitą. Część dzieci jest na dyfteryt odporna. Nieodporne zaś mogą się zarazić nietylko od chorych, bo są zawsze w każdem środowisku dziecięcem nosiciele zarazków — posiadający prątki dyfterytyczne w zdrowej napozór jamie ustnej i nosowo-gardzielowej.

Od kilku lat w całej Europie z dyfterytem dzieje się coś dziwnego. Liczba przypadków z roku na rok rośnie — zachorowania są ciężkie. Ale również od kilku lat ustaliła się prosta i nieszkodliwa metoda uodparniania dzieci zapomocą szczepienia. Szczepienie jest łatwym i zupełnie nieszkodliwym zabiegiem — a odporność jaką daje, pozostaje trwale.

W tem przekonaniu, że Mamusie nietylko nas zrozumieją, ale będą wdzięczne za troskę o zdrowie ich dzieci, rozpoczęliśmy z początkiem obecnego roku, na terenie Polski, w większych miastach, t. j. tam, gdzie łatwość zarażenia się jest największą — szczepienia przeciwdyfterytyczne.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych — Departament piąty Służby Zdrowia — okólnikiem zaleciło stosowanie szczepień.

W stolicy wszystkie miarodajne czynniki postanowiły połączyć się celem zorganizowania wspólnej akcji szczepień na wielką skalę. — Utworzył się Komitet z przedstawicieli Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Państwowego Zakładu Higjeny, Wydziału Zdrowia Magistratu, Miejskiego Instytutu Higjenicznego, Działu Lekarskiego Kasy Chorych m. Warszawy, Sekcji Higjeny Szkolnej Magistratu.—Ustaliliśmy wspólnie cały plan pracy obliczony na dłuższy przeciąg czasu. — Kierowaliśmy się przytem następującemi zasadami:

Szczepienia będą odbywać się na stacjach szczepień otwartych dla każdego zgłaszającego się dziecka.

Szczepienia dla zainteresowanych będą dokonywane bezpłatnie.

Instytucje obowiązane do opieki nad zdrowiem pokryją koszty.

Dla dzieci umieszczonych w zakładach opiekuńczych lub wychowawczych, żłobkach i t. p. utworzyliśmy lotne lekarskie kolumny. Przenoszą się one z miejsca na miejsce i w drugiej połowie stycznia zaszczepiły one około 1800 dzieci.

Przy szczepieniach wypełniamy kartę rejestracyjną dla każdego dziecka.

Komitet rozporządzać będzie kartoteką, ułożoną wg. nazwisk i wieku dzieci, pozwalającą na szybkie odszukanie odpowiedniej karty. Będziemy więc mogli udowodnić na żądanie, że dzieci uodpornione nie chorują — bo prowadzimy rejestrację wszystkich przypadków zachorowań. Porównanie obydwóch kartotek umożliwi zawsze wykazanie niezbitemi dowodami skuteczności szczepień.

Liczba stacyj szczepień będzie odpowiadać potrzebom. Z początku uruchomiliśmy dwa punkty: w Państwowym Zakładzie Higjeny, przy ulicy Chocimskiej Nr. 24 i w Miejskim Instytucie Higjenicznym—Nowogrodzka Nr. 82. Przed tygodniem powstała trzecia stacja w Sekcji Higjeny Szkolnej — Sosnowa Nr. 4.

Ponieważ liczba zgłaszających się dzieci ciągle wzrasta, zaszła potrzeba otwarcia 4-ej stacji w 8-m ośrodku zdrowia przy ulicy Grochowskiej Nr. 36. W tym tygodniu szczepienia rozpoczną się w pierwszym ośrodku zdrowia przy ul. Puławskiej Nr. 91.

Gdybyśmy systematycznie przeprowadzili szczepienia w Warszawie w najbliższych latach, to obecna liczba przypadków zachorowań w Warszawie, wynosząca 1200 rocznie, zacznie szybko topnieć i prędko doszlibyśmy do takich wyników, jak miasto Albany w Ameryce (jeden przypadek dyfterytu w ciągu ostatniego roku), lub Chicago, gdzie pomimo kilkumiljonowej ludności, dyfteryt jest już dzisiaj rzadkością.

Ale do takich wyników dojść możemy tylko wówczas, jeżeli Mamusie nam pomogą, przyjdą same z dziećmi do naszych stacyj, — a wątpiącym i krytykom powiedzą, że przecież nasze dzieci tak samo zasługują na opiekę, jak te amerykańskie, które już się nie boją jednej z najniebezpieczniejszych chorób, jaką jest dyfteryt.

Dr. Czesław Wroczyński.

Łyżwy i ślizgawka

Wśród pytań, które często niepokoją matki i ojców, znajduje się jedno, które zwłaszcza w zimie natarczywie się powtarza. Jest niem: Czy i kiedy, w jakim wieku, wolno dzieciom używać rozkoszy ślizgawki.

Na pytanie to odpowiada się często w sposób zbyt zdawkowy. Mówi się tak lub nie, nie zastanawiając się wcale, dlaczego właśnie tę, a nie inną odpowiedź dziecku się dało, wtedy gdy domagało się pozwolenia jaz-

dy na łyżwach. Dając mu odpowiedź: nie, pozoruje się słuszność swego zarządzenia tem, że malec musi „jeszcze nabrać sił, teraz jest za słaby“, nie zdając sobie sprawy z tego, że może właśnie łyżwy i ślizgawka to „wzmocnienie“ dadzą. Mówiąc: „tak“, znowu zadawalnia się zupełnie tym jedynem słówkiem, nie wchodząc zupełnie w szczegóły sprawy. Wynika to, jak zwykle w kwestjach dotyczących wychowania fizycznego z zupełnej prawie ignorancji rodziców, którzy sami nie zaznali dobroczynnego działania wychowania fizycznego na swe ciało.

Przy podejściu do tej kwestji musimy zgóry zaznaczyć, że o łyżwiarstwie — w ścisłem znaczeniu tego słowa — nie może być mowy w wieku przedszkolnym. Na to aby młody człowiek w wieku lat 5, miał możność próbowania bez żadnych ograniczeń jazdy na lodzie, trzeba aby należał do wyjątkowo, na swój wiek, dobrze rozwiniętych dzieci. Dzieci takich nie znajdziemy prawie wcale: wiązadła nóg, zwłaszcza stopy, są jeszcze zbyt słabe, aby mogły utrzymać ciężar całego ciała. Dlatego też i łyżwy mogą zamiast pożądanych, sprowadzić niepożądane następstwa.

Dziecko liczące lat 5 a nawet i 6, winno już zapoznawać się z tem, co to jest lód, łyżwa, jak należy tą łyżwą manipulować, aby na niej jechać, ale równocześnie nie powinno hasać bez ograniczeń po lodzie. Nie będzie to w praktyce trudnem!

O łyżwach można mówić tylko wtedy, gdy mamy lód. A „lodowych“ dni niema znowu tak wiele. Umiejętnie rozkładając czas dziecka, przedłużając świadomie i celowo wszystkie czynności przygotowawcze, dojdziemy do tego, że ograniczymy niebezpieczeństwo szkodliwych następstw do minimum.

Ale również nie wolno nam traktować lodu, jako niebezpiecznego terytorjum, na które wstęp dziecka winien być zakazany.

Przechodząc do szczegółów, musimy bardzo duży nacisk położyć na wyekwipowanie dziecka. Wśród wielu dziwactw, z jakiemi można się spotkać, jednem z najmniej logicznych, jest fabrykowanie łyżw o 3 ostrzach, które mają przeciwdziałać wykrzywianiu się nóg w kostkach, ułatwiając utrzymanie równowagi. „Wynalazca“ zapomniał o tem, że przy jeździe łyżwa tnie lód zawsze nieco bokiem i że, co za tem idzie, nic te 3 ostrza nie pomogą, przysporzą natomiast ciężaru. Z tego względu należy kupować jedynie łyżwy o jednem ostrzu. Rodzaj nie odgrywa większej roli.

Bezpośrednio z łyżwą styka się obuwie. Buty winny być: wygodne ale obcisłe, tak, aby noga w nich nie „latała“, sznurowane i dość wysokie, tak, aby obejmowały staw między stopą, a podudziem. (Mowa o dzieciach u dorosłych stosunki ulegają nieznacznej zmianie). Zbyt obcisłe i unieruchomiające zupełnie nogę, mogą spowodować odmrożenie. Luźne, nie przeciwdziałają wykrzywianiu się nóg w kostkach, tak częstem u początkujących, a co dopiero u dzieci.

Jeśli można, należy się starać, aby połączenie pomiędzy butem i

łyżwą było jak najbardziej ścisłe. Wszelkich rzemieni, sznurków, pasków i t. p. należy unikać w miarę możności.

Ważnym czynnikiem jest ubranie. W jednym z artykułów w „Młodej Matce“ miałem już możność zwrócić uwagę na konieczność ubierania dzieci „lekkiego i niekrępującego“. Zasady ogólne, obwiązujące nas w życiu codziennem, muszą być jeszcze bardziej przestrzegane, gdy chodzi o łyżwy, o ślizgawkę.

Dziecku musi się pozostawić całkowitą swobodą ruchów, zapewnić dostateczne ciepło i uniemożliwić zbytnie rozgrzewanie się. Te kilka słów wystarczy na to, aby zrozumieć, jak winno wyglądać dziecko na lodzie.

Trykotowe ubranie wysunie się tu na pierwszy plan. Głowę i uszy należy zabezpieczyć przed zimnem, jednak nie tak, aby powstała możliwość spocenia się.

Tak przysposobiony dzieciak ma prawo pójść na lód. Nie na długo! 5 — 10 — 15 minut z początku, zupełnie wystarczy. Przerwy między jazdą i... upadkami na lodzie, nie powinny być spędzane na jakiejś ławce czy też fotelu na dworze. Kontrast między ciepłem ruchu i spoczynku jest zaduży!

Na dworze ruch!

W ciepłej szatni spoczynek.

Po ślizgawce — spacer do domu, na obiad.

Oto w skróceniu i pobieżnie prawie wszystkie rady, jeśli chodzi o ślizgawkę. Nie piszę zupełnie o samem ślizganiu się. Nie podaję rad: jak uczyć łyżwiarstwa. Zadaleko by nas to zaprowadziło! Ograniczam się do kilku wskazówek o charakterze higjeniczno-lekarskim.

Reasumując całość, należy podkreślić: 1-o ślizgać się można zacząć w 5 — 6 roku życia. 2-o należy robić to b. ostrożnie. 3-o mieć odpowiednie ubranie.

Dr. Jerzy Michałowicz.

Wiec rodziców

pod hasłem: „Czego żądamy dla naszych dzieci od Ogrodów Miejskich“.

W dniu 26 stycznia w sali Tow. Higjenicznego w Warszawie, o godz. 12 w poł., odbył się wiec rodziców pod hasłem: „Czego żądamy dla naszych dzieci od Ogrodów Miejskich“. Wiec ten został zwołany z inicjatywy dwutyg. „Młoda Matka“ i „Stowarzyszenia przyjaciół Ogrodu Jordanowskiego w Warszawie“ i wywołał duże zainteresowanie wśród rodziców, a zwłaszcza wśród Matek, które chodząc na spacery ze swemi dziećmi wiedzą, jak mało mamy ogrodów w naszej stolicy i jak całkowicie nie są one przystosowane do potrzeb naszych dzieci.

Setki i tysiące dzieci są całkowicie pozbawione rezerwuarów świeżego powietrza, a jedynem miejscem ich zabaw to rynsztok, ulica lub duszne podwórze. To też matki przemawiające na wiecu mocno podkreślały, jak bardzo wiele trzeba zmienić w naszej stolicy, by nareszcie dzieci nasze miały dość miejsca i dość swobody w ogrodach przystosowanych do ich potrzeb.

Pani Uklejska w głęboko pomyślanem przemówieniu mówiła o tem, że ogrody nasze są często szkołą kłamstwa dla dzieci, którym „nic nie wolno" i które muszą kryć się ze swemi zabawkami przed okiem dozorcy i stróża ogrodowego. P. Bujak-Boguska mówila o udrękach matki na spacerze z dzieckiem, p. Śliwowska żywo odmalowała radość dzieci na tle życia ogrodu Jordanowskiego, jedynego ogrodu w stolicy oddanego wyłącznie do użytku dziecka. Pani St. Rayska postawiła twierdzenie, że „trawniki dla dzieci, to jutro kolonje dla Polski" i wreszcie pani. Jacuńska w świetnem przemówieniu zobrazowała całość żądań rodziców na temat ogrodów dla dzieci, wysuniętych pod adresem miasta. Niezwykłe zainteresowanie wzbudziło przemówienie prof. dr. Michałowicza, który autorytetem swoim poparł żądania rodziców.

Przemówienia pani Jacuńskiej, pani Śliwowskiej i pani Uklejskiej będą drukowane w „Młodej Matce". Zainteresują one nietylko mieszkanki Warszawy, ale i nasze prenumeratorki z prowincji, które zachęcone przykładem stolicy może zainicjują zebrania rodziców w swoich środowiskach, na temat przystosowania ogrodów do potrzeb dzieci, bo nietylko w stolicy, ale i w większości naszych prowincjonalnych miast niema ogrodów, które odpowiadałyby potrzebom zdrowotnym naszych dzieci.

Wiąc uchwalił nast. rezolucje:

Zebrani na wiecu, zwołanym z inicjatywy redakcji pisma „Młoda Matka" i Towarzystwa Przyjaciół Ogrodu Jordanowskiego, rodzice, opiekunowie i wychowawcy, zwracają się do Pana Prezydenta Słomińskiego i do pp. radnych miasta Warszawy z gorącym apelem o przyczynienie się do jak najrychlejszego urzeczywistnienia następujących postulatów:

1. Przystosowanie istniejących już parków i ogrodów miejskich do potrzeb dzieci przez:

a) ustawienie higjenicznych kranów do picia wody i mycia rąk; zastosowanych do wzrostu dzieci, higjenicznych klozetów, zegarów, termometrów, barometrów, schronów przed deszczem i ogrzewanych hal do przewijania, udostępnienie specjalnych trawników;

b) poczynienie inwestycyj, umożliwiających dzieciom wdrażanie się do wysiłku fizycznego: jak zjeżdżanie z górek, huśtawki, kolobieg, łódki, ślizgawki;

c) wydzielenie terenów dla dzieci kokluszowych;

d) powołanie dyżurujących higjenistek społecznych.

2. Udostępnienie dzieciom, zamkniętych dla nich obecnie, rezerwuarów świeżego powietrza, jak np. ogród Pomologiczny, ogród przy filtrach, oraz natychmiastowe zorganizowanie w dzielnicach pozbawionych ogrodów, zieleńców i boisk sportowych, któreby funkcjonowały do czasu powstania w nich ogrodów.

3. Nadanie takiego kierunku polityce miejskiej, który pozwoli na jak najszybsze zwiększanie w Warszawie liczby ogrodów, zieleńców i boisk przez:

a) uwzględnienie w rozbudowie miasta ogrodów, jako miejsc zabawowych dla dzieci;

b) zniesienie podatków z niezabudowanych placów, o ile będą oddane dzieciom i odpowiednio urządzone.

Zebrani na wiecu rodzicielskim składają postulaty powyższe z ufnością w ręce władz powołanych i wyrażają pewność, że w walce o powietrze, słońce i ruch dla dzieci będą mieli poparcie całego społeczeństwa.

Naśladownictwo u dzieci

W przekonaniu wielu matek naśladownictwo u dzieci jest prawie że synonimem głupoty, niedołęstwa itp. Psychologiczne badania i obserwacje mówią nam jednak wręcz coś innego. Naśladownictwo bowiem jest funkcją, która obok zabawy i samodzielnych doświadczeń dziecka, odgrywa olbrzymią rolę w jego rozwoju psychicznym. Przez naśladownictwo dziecko dochodzi do opanowania tak trudnej i doniosłej zdolności jaką jest mowa, zdobywa tak niezbędne umiejętności jakiemi są chodzenie, jedzenie, ubieranie się, zabiegi higjeniczne, formy towarzyskie, nawyki kulturalno-społeczne i nawet wartości moralne. Całe nasze wychowanie, czy z wczesnego dzieciństwa, czy z wieku szkolnego opiera się przedewszystkiem na naśladownictwie. Ten doniosły czynnik rozwojowy jest tak żywy i pobudzający twórczość, że na niem oparto metody wychowawcze dla dzieci niedorozwiniętych, których upośledzenia, jeżeli w zupełności nie leczy — to w znacznym stopniu je zmniejsza. Naśladownictwo, to pęd do przyswojenia sobie w jak najszybszym czasie tych wartości, które spotyka dziecko w swem środowisku, to dążenie, aby

z jak najmniejszą utratą cennej energji psychicznej zdobyć doświadczenie, umożliwiające współżycie z otoczeniem, to wyścig naprzemiany z zabawą od startu niedołęstwa, niewiedzy do mety dojrzałości, świadonych. Impuls ten popycha dziecko wpływa ono na dojrzewanie coraz to innych funkcyj — a szczególnie doniosłą rolę odgrywa w okresie od 2 — 4 lat życia.

Co do genezy naśladownictwa istnieją wśród psychologów liczne punkty sporne. Nie na miejscu byłoby tu podanie i wyjaśnienie różnych teoryj, więc ograniczymy się na podaniu sądów zbliżonych najbardziej do codziennej rzeczywistości. Otóż dziecko naśladuje (najpierw nieświadomie), dlatego, że ruchy, czynności, dźwięki idące od otoczenia wywołują w świadomości dziecka impuls do zdobycia nowych doświadczeń, instynktowne pragnienie wzbogacenia swego ubogiego zakresu świadomości, aby wzmocnić swoje stanowisko w świecie i zbliżyć się o krok do dorosłego, silniejszego otoczenia w tym celu, aby dorównać mu — naturalnie na razie w przybliżeniu, odnośnie do najważniejszych funkcyj psychicznych. Impuls ten popycha dziecko do nieustannych powtórek tego samego dźwięku, gestu, czynności, czemu się nieraz dziwią dorośli, nie zdając sobie sprawy z doniosłości psychologicznej tego zjawiska. Dziecko z początku powtarza nietylko cudze dźwięki, ruchy, ale przedewszystkiem własne. Tak np. dzidziuś, gdy wybełkoce jakiś dźwięk, doznaje wtedy nowego wrażenia słuchowego — i zarazem czyni spostrzeżenie własnej czynności. — Ta własna czynność sprawia dziecku przyjemność, a jej spostrzeżenie powoduje je do powtórzenia tej czynności niezliczoną ilość razy. Pragnie ono ciągle doznawać tej prymitywnej przyjemności czynienia związanej z coraz to silniej utrwalonym i uświadomionym momentem spostrzegania własnej czynności.

Dzięki tym długim szeregom naśladowniczym dźwięków, ruchów i t. p. dziecko opanowuje swoje odruchy zmieniając je na celowe, świadome ruchy, a bełkotliwe dźwięki wykształca na fonetycznie odgraniczone jednostki, które później zużyje w nauce mówienia, tworząc z nich potrzebne wyrazy. Z tego pierwszego stopnia nazwanem przez psychologów samonaśladownictwem przechodzi dziecko z 2-gim rokiem życia do następnego, wyższego, w którem naśladownictwo staje się funkcją przebiegającą z towarzyszeniem uwagi, zainteresowania, woli; staje się nie nieświadomą i tylko instynktowną czynnością, ale przybiera charakter intelektualny. Dziecko naśladuje to, co rozumie, wybiera sobie to, co mu bardziej odpowiada i naśladuje osoby, które go interesują. Dziecko dokonuje wyboru tematów naśladowniczych. Oczywiście wybór ten zależy od indywidualności dziecka, od jego uzdolnień, otoczenia, od fazy rozwojowej; ogółem — wybór tematów do naśladowania określa chwila, w której spoczywają aktual-

ne potrzeby dziecka. Ta chęć dorównania dorosłym wypływa z tego, że dziecko, upodobniając się coraz bardziej do doskonalszych od siebie wzorów — idzie po linji swego rozwoju — staje się coraz bardziej „dorosłe".

Naśladownictwo oszczędza energję psychiczną dziecka, nie pozwala zużywać tego cennego paliwa tam, gdzie kosztowne, bezpośrednie doświadczenie może być zastąpione przez naśladownictwo. Tak łatwo sobie można wyobrazić, jak długo trwałoby ćwiczenie posługiwania się przedmiotami (np. przyborami do jedzenia i t. p.), gdybyśmy pozostawili dziecku wolną rękę i nie pokazywali np. sposobu jedzenia łyżeczką. Jak łatwo uczy się dziecko grzeczności i obyczajności towarzyskiej, gdy przebywa ze starszymi i ma możność zastosowania naśladownictwa. Dzieci impulsywne, inteligentne szybko przerabiają treść naśladownictwa na swoją własną, umiejąc przez naśladowanie zręczność, umiejętność i t. p. odtwarzać nietylko te same lub podobne sytuacje, i ilustrować identyczne przeżycia i stany uczuciowe, lecz często dostosowują zdobyte przez naśladownictwo wiadomości do nowych zupełnie faktów przeżyć i uczuć. Jako charakterystyczny przykład takiego inteligentnego i dowcipnego naśladowania służyć może następujący fakt: 3-letni Andruszek zachorował na anginę. Wiadomo, jak małe dzieci nie umieją wyraźnie określać stanów swej choroby, wrażenia bólu i samopoczucie. Kilka dni przed chorobą, w kuchni w obecności malca kucharka przypadkowo oblała gorącą wodą małe kotki, które przeraźliwie z tego powodu miauczały. Andruszek tem się przejął, lecz nie robił na razie żadnych uwag. Ale w czasie choroby, gdy go bolało gardło, przy badaniu lekarskiem ciągle wołał do matki: „Mamusiu, miau, miau". — Matka nie wiedziała jeszcze o historji z kotami, i nie mogła się z początku zorjentować co do znaczenia tego okrzyku tembardziej, że synek doskonale mówił i wyrażał się jasno, a patrząc na zbolałą buzię synka i słysząc śmiesznie żałosny głosik, nie wiedziała, czy ma płakać, czy śmiać się z tego pomysłu. Malec przez cały czas choroby, gdy mu było gorzej wołał żałośnie i mocno „miau, miau", gdy było lepiej — użalał się tak samo ciszej. W ten sposób naśladował wyraz bólu, który zaobserwował u kotów. Ponieważ w jego obecności nikt nigdy nie chorował, nie mógł wiedzieć, jak przedstawić wogóle swój ból. Płacz, którym dzieci wyrażają swe uczucia, wydawał mu się za słabym środkiem, więc zużytkował swoje obserwacje i naśladował w objawach bólu — kotka. Tu widzimy wybór materjału naśladowniczego dostosowany umiejętnie do nowej sytuacji. Jaka korzyść z tego naśladownictwa i wyboru dająca się zauważyć w tym przykładzie? Przedewszystkiem A. doszedł samorzutnie do identyfikacji stanów cierpienia u kotka i u siebie; a więc zrobił krok naprzód w drodze do uogólnienia po-

jęciowego; następnie umiał zużytkować samodzielną obserwację praktycznie — a więc postąpił naprzód w drodze do abstrahowania, gdyż oderwał cechę ściśle związaną z danym objektem (miauczenie — z kotem), a ponieważ posiadała tę samą treść, podporządkował ją innemu „objektowi" — t. j. sobie. W ten sposób zdobył nowe doświadczenie, zawdzięczając je umiejętnie wyzyskanemu naśladownictwu.

Dziecko mniej inteligentne oczywiście naśladuje bardziej mechanicznie i chaotycznie, nie posługując się zainteresowaniem i wolą; jednakowoż najbardziej bierne naśladownictwo może wytworzyć z biegiem czasu zawsze możliwość samorzutnej przeróbki, a jeżeli z powodu swej struktury psychicznej dziecko nie jest zdolne do samorzutnego opracowywania materjału naśladowczego, to w każdym razie dzięki niemu prędzej przystosowuje się do życia i pokonuje szybciej trudności uczenia się różnych niezbędnych funkcyj. Niezmiernie doniosłe znaczenie posiada naśladownictwo w zabawie — lecz o tem innym razem.

Janina Dylińska.

Odpowiedzi na listy rodziców

1. **Mamusi Putka.** Waga i wzrost synka Pani są prawidłowe. Od 7-ego miesiąca życia należy dziecko dokarmiać. Nie należy dziecka od piersi odstawiać odrazu, lecz stopniowo.

Z ukończeniem 6-ciu miesięcy, dziecko powinno jadać 5 razy na dobę w odstępach 3½ godzinnych, w czem 4 razy pierś, 1 raz kaszka manna na smaku z jarzyn z masłem i cukrem oraz jarzyny (to jest tak zwane dokarmianie). Oprócz tego należy podawać mu surowe soki (marchew, pomarańcze), a nie soki z konfitur.

W tym okresie życia synek Pani powinien być 3 do 4 godzin dziennie na spacerze. O ile dotychczas na spacer nie wychodził, należy to czynić stopniowo, zaczynając od 10 minut, codziennie czas pobytu na spacerze przedłużać. Na spacer dziecko powinno być ubrane ciepło, ale tak, aby ze spaceru nie wracało spocone.

2. **Pani Aurelji Pająkowej.** Na odległość trudno nam jest powiedzieć, co jest przyczyną, że synek Pani, do tej pory nie chodzi. — Często przyczyną tego jest krzywica (angielska choroba). Aby zapobiec tejże, należy dziecko racjonalnie odżywiać, a mianowicie: dziecko 18-miesięczne powinno jadać 4 razy na dobę, ilość mleka nie powinna przekracza ½ litra, musi jadać codziennie jarzyny i owoce, lub surowe soki. Pozatem musi spędzać conajmniej 4 godziny dziennie na spacerze.

Oprócz powyższego należałoby

małemu podawać tran w ilości 1 łyżeczki od herbaty raz dziennie.

Co do wymowy dziecka, to ta sprawa nie powinna w chwili obecnej budzić żadnych obaw, gdyż wiele dzieci zaczyna mówić dopiero około 2-go roku życia.

3. Pani Marcie Bielskiej. Radzimy Pani sprawdzić ile pokarmu wysysa mała, gdyż bardzo częstą przyczyną zaparć, u małych dzieci, jest niedostateczna ilość pokarmu. 11-tygodniowa córeczka Pani powinna wysysać około 150 gr. na porcję, przy 6 krotnem karmieniu.

Sprawdzić, ile pokarmu wysysa córeczka Pani, można zapomocą ważenia dziecka przed i po karmieniu, lub też zapomocą jedno lub dwukrotnego odstrzyknięcia pokarmu. W razie niedostatecznej ilości pokarmu, należy małą po każdem nakarmieniu dokarmiać mieszanką, początkowo o składzie 1 część mleka, 1 część wody z dodatkiem 1½ łyż. cukru na 100 gr. mieszanki, a z chwilą ukończenia 3-ch miesięcy, mieszanka o składzie 2 części mleka, 1 część kleiku owsianego z dod. 1½ łyż. od herb. cukru na 100 gr. mieszanki. Poszczególna porcja pożywienia nie może przekraczać 150 gr.

4. Pani Ernie Apisdorfowej. Naogół synek Pani jest prawidłowo odżywiany, pamiętać tylko należy, aby jarzyny dostawał codziennie. Z braku innych może być codziennie marchew lub buraki.

5. Pani Jadwidze Harlandowej. Waga i wzrost synka Pani są wyższe

niż normy przeciętne. — O ile dziecku prawidłowo przybywa na wadze może otrzymywać dwa pożywienia bezmleczne. U dzieci dużych i mocnych już w 11-tym miesiącu życia można przejść na 4-krotne odżywianie w odstępach 4-ro godzinnych. Przejście to uskuteczniać można przez zwiększanie porcji i przedłużanie przerw pomiędzy karmieniem. W tym okresie życia pożywienie dziecka nie wymaga specjalnego urozmaicenia.

Sucharki z mlekiem można podawać i dwukrotnie podczas dnia.

Mleko pasteryzowane powinno być stosowane nadal.

Jaj i mięsa nie należy w najbliższym czasie wprowadzać do djety dziecka. Wprowadzenie jaj do djety radzimy uskutecznić dopiero po ukończeniu 2-go roku życia.

W sprawie wysadzania odsyłamy Panią do artykułu Dr. Stopnickiej Nr. 16 M. M. z 1928 r.

6. Pani Jadwidze Czyżowej. Synek Pani ma bardzo dużą wagę i wzrost. Powinien on w chwili obecnej przejść na 5-krotne odżywianie w odstępach 3½ godzinnych, a mianowicie 4 razy pierś, zrozumiałe jest, że o ile Pani nie ma dostatecznej ilości pokarmu to z dodatkiem mieszanki, do 180 gr. na porcję. Skład mieszanki następujący 2 części mleka, 1 część kleiku owsianego z dodatkiem 1½ łyż. od herb. cukru na 100 gr. mieszanki. 1 raz kaszka manna na smaku z jarzyn z masłem i cukrem oraz jarzyny. Z jarzyn w chwili obecnej może być marchew, szpinak, buraki, kalafior, jarmuż. — Soki musi otrzymywać nadal.

Przy zastosowaniu powyższej djety zaparcie powinno ustąpić. Gdyby jednak zmiana djety nie dała pożądanego skutku, można u małego zastosować preparat słodowy (Maltogen lub Biomaz), w ilości od 1 do 3-ch łyżeczek na dobę. Słód ten należy stosować stopniowo, najpierw 1 łyżeczkę w ciągu kilku dni i gdyby stolce się nie uregulowały można podawać dwie, a w ostateczności i 3 łyżeczki słodu.

7. Pani Wandzie Zieleńskiej. Waga i wzrost synka Pani są prawidłowe, to samo możemy powiedzieć i o odżywianiu.

Co do śmietany, to musi ją dziecko otrzymywać w zupach lecz w niewielkich ilościach. 6 zębów u 16-miesięcznego dziecka przy ogólnym dobrym rozwoju nie jest niepokojącym objawem. Są dzieci normalnie rozwijające się, u których występuje pewne spóźnienie ząbkowania.—Ażeby uczyć dziecko gryźć, można mu dawać do gryzienia sucharki lub wypieczone rogaliki, ale sprawa ta będzie aktualną przy bardziej obfit. uzębieniu.

8. Pani Marji Orłowskiej. Odsyłamy Panią do odpowiedzi Nr. 3 Pani Marcie Bielskiej.

9. „Mamusi Basi z Milanówka". Plama opisana przez Panią na buzi córeczki jest wrodzoną. W sprawie leczenia tejże, należy się zwrócić do lekarza specjalisty chorób skórnych.

10. „Matce Marysieńki“. 11-miesięczna córeczka Pani ma wzrost i wagę prawidłową. W tym okresie życia, może Pani już przejść na 4 krotne odżywianie, przyczem jedno jedzenie bezwzględnie nie powinno zawierać mleka. To, że mała nie chce jeść kaszki na smaku z jarzyn i samych jarzyn, nie powinno Pani zrażać do podawania tychże, niektóre dzieci jest dość trudno przyzwyczaić do jedzenia jarzyn. Ilość mleka z chwilą ukończenia roku nie powinna przekraczać 500 gr. na dobę. Owoce i soki powinna otrzymywać z dalszym ciągu.

Na spacerze mała powinna przebywać 3 do 4-ch godzin, na spacerze może spać. Na spacer powinna być ubrana ciepło, ale nie tak, aby się pociła.

Tran należy podawać małej w ilości 1 łyżeczki od herbaty 1 × dziennie.

11. „A. K.“. Niekiedy zdarza się, że dziecko wcześniej stoi niż siada. Nie jest to żadnym złym objawem. Co do stosowania środków leczniczych, jak też i zabiegów, może decydować jedynie lekarz domowy.

12. **Pani Stanisławie Stabrowskiej**. Ażeby dziecko miało dobre łaknienie musi być odżywiane regularnie, w drugim roku życia tylko 4 × na dobę. W przerwie pomiędzy jedzeniami nie należy dziecku podawać żadnych słodyczy.

Co do układania menu obiadów dziecka w drugim roku życia, postaramy się Pani życzeniu zadośćuczynić w najbliższych numerach „rad praktycznych“.

13. Pani Marji Winiewiczowej. Waga 6-miesięcznej córeczki Pani jest prawidłowa. Jadać córeczka powinna 5 × na dobę. Jako pierwsze sztuczne jedzenie należy wprowadzić kaszkę na smaku z jarzyn, z masłem i cukrem i jarzyny. Kaszkę na mleku należy do djety wprowadzić nieco później.

Wyrzynanie ząbków u małej mającej 7-y miesiąc, nie jest zawczesne.

Jeżeli mała prawidłowo rozwija się, dostaje soki, jarzyny i jest dostateczną ilość godzin na spacerze (3 do 4 godzin), to niema potrzeby podawania tranu.

Do noszenia dziecka na ręku, należy już w tym okresie wkładać dłuższą sukienkę. Sama koszulka i kaftaniczek nie są wystarczające.

14. Pani Helenie Wacławskiej. 7-io tygodniowy synek Pani ma wagę mniejszą niż przeciętnie, tak samo przybyło mu wagi w ciągu tygodnia zamało.

Powinien on w chwili obecnej jadać tylko 6 razy na dobę w odstępach trzygodzinnych, z przerwą nocną 9 godzin. Poszczególna porcja pożywienia powinna wynosić 130 gr. Wobec tego, że ilość podana przez Panią, wyssanego pokarmu jest zamała należy dziecko dokarmiać mieszanką do powyższej normy. Mieszankę, o składzie 1 część mleka, 1 część wody z dodatkiem 1½ łyżeczki

cukru na 100 gr. mieszanki, należy podawać łyżeczką, po nakarmieniu piersią(należy kilkakrotnie skontrolować ilość pokarmu).

Karmienie łyżeczką jest konieczne ze względu na to, aby nie odzwyczaić dziecka od ssania piersi.

Gdyby się koniecznem okazało dokarmianie dziecka, to z chwilą ukończenia 3-ch miesięcy należałoby, przejść na mieszankę o składzie: 2 części mleka, 1 część kleiku owsianego z dodatkiem 1½ łyż. od herb. cukru, na 100 gr. mieszanki.

Redakcja i Administracja: Górnośląska 20. tel. 401-24.
Konto P. K. O. 14555.

Cena prenumeraty „Młodej Matki": w kraju płatna tylko zgóry rocznie 14 zł. — półrocznie 7 zł. 40 gr. — kwartalnie zł. 3 gr. 70. Zagranicą: w Czechosłowacji i Węgrzech, — jak w obrocie wewnętrznym, w innych krajach: półrocznie zł. 10, rocznie zł. 20.

Cena ogłoszeń: wewnętrzne strony okładki: 1 strona 150 zł., ½ strony 75 zł., ¼ strony 40 zł. ostatnia strona i za tekstem o 50% drożej. Miejsca zastrzeżone o 25% drożej od cen powyższych.

Wydawca: E. Grocholska. Redaktorzy: Dr. R. Barański i W. Pełczyńska.

Drukarnia „Kobiety Współczesnej", Marszałkowska 148


TRICALCINE
TRICALCINE

Drukarnia „Kobiety Współczesnej", Marszałkowska 148.

Dodatek do N-ru 4
Dwutygodnika
„Młoda Matka”

